

## КЛИНИЧЕСКАЯ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕСМОПЛАСТИЧЕСКОЙ ФИБРОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*М.И. Музыкин<sup>3</sup>, А.К. Иорданишвили<sup>2</sup>, М.Г. Рыбакова<sup>1</sup>, В.Н. Бугера<sup>3</sup>, С.В. Васильев<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,

<sup>2</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,

<sup>3</sup> Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, г. Санкт-Петербург, Россия

**Резюме.** В работе представлены результаты клинического наблюдения пациентки в возрасте 41 года, которая по системе обязательного медицинского страхования была госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильного стационара с редким заболеванием костной ткани нижней челюсти – десмопластической фибромой. Наблюдение осуществляется в течение 3-х лет. Представлена клиническая, рентгенологическая картина заболевания и результаты инструментального и гистологического исследования редко встречающейся онкостоматологической патологии.

**Ключевые слова:** десмопластическая фиброма нижней челюсти, опухоль костной ткани челюстей, доброкачественные образования челюстей, опухоли челюстно-лицевой области.

### Введение

Десмопластическая фиброма костной ткани – редкая, локально агрессивная, доброкачественная опухоль, локализующаяся в костной ткани. На сегодняшний день в отечественной литературе имеются лишь единичные сведения клинических наблюдений пациентов с данной патологией.

В 1838 году немецкий физиолог и анатом Иоганн Мюллер ввел термин "десмоид" (от греч. "desmos" – "группа / связки"). Впервые эта нозологическая форма была описана в 1958 году доктором Джеффри Яффе, который выделил эту патологию в качестве самостоятельного заболевания, отделив от других внутрикостных волокнистых опухолей. Д. Яффе описал десмоидную фиброму бедренной кости, большеберцовой кости, а также лопатки. Интересно отметить, что в обзоре, проведенном Crim J.R. с соавторами в 1989 году указано, что из всех 114 описанных на тот момент в литературе случаев десмопластической фибромы костей, поражения нижней челюсти составили только 30 случаев [2]. На сегодняшний день поражение нижней челюсти по данным различных авторов происходит в 20-25% случаев.

В 1965 году Griffith J.G. и Irby W.B. впервые представили общественности доклад о десмопластической фиброме нижней челюсти [4]. С этого времени в литературе стали появляться описания клинических случаев этой патологии. В базе данных международной литературы PubMed были описаны 57 случаев (с 1969 по 2015 год) десмопластической фибромы в области нижней челюсти. Данный факт подтверж-

дает редкую встречаемость этого заболевания. Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что десмопластическая фиброма составляет около 0,06% всех костных опухолей и 0,3% всех доброкачественных новообразований костной ткани [2, 4, 7]. Причины развития данного заболевания неизвестны, хотя имеются предположения, что на возникновение могут оказывать влияние генетические, эндокринные и травматические факторы [7, 10]. Десмопластическая фиброма обычно встречается у взрослых людей во второй или третьей декаде жизни, хотя имеются данные о развитии заболевания и в детском возрасте. Локализация образования в нижней челюсти является наиболее частой среди всех костей лицевого скелета. Патогномичные симптомы десмопластической фибромы не отмечены [8].

По данным литературы десмопластическая фиброма имеет частоту рецидивов от 37% до 72% [1, 3], резекция пораженной кости является предпочтительной терапией, и в идеале он должен быть в виде единого блока резекции [9]. Случаи, в которых по анатомическим соображениям ограничивается резекция, альтернативной терапией является кюретаж. Средняя частота рецидивов после выскабливания составляет 55% [1]. Также применяется лучевая и химиотерапия, которая не обладает такой эффективностью, как предыдущие методы лечения, и считается опасной для доброкачественных опухолей. Применяется при невозможности проведения последних, или при отказе пациента хирургического вмешательства [5, 6].

В специализированную клинику многопрофильного стационара обратилась пациентка 41 года по поводу новообразования нижней челюсти (предположительно фибромой). Из анамнеза установлено, что в 2012 году пациентке по поводу обострения хронического периодонтита удалили 3.6 зуб. Вместе с зубом также удалили гранулема в области верхушек корней зуба. В мае 2013 года пациентка стала предъявлять жалобы на бессимптомную асимметрию лица за счет припухлости в области моляров нижней челюсти слева и обратилась в ЦРБ Свердловской области. После клинико-рентгенологического исследования, а также выполненной компьютерной томографии у пациентки был обнаружен объемный процесс, локализующийся в теле и ветви нижней челюсти слева. Выполнена интраоперационная биопсия, по результатам которой установлен диагноз: одонтогенная фиброма. После биопсии у пациентки появилось онемение в области моляров нижней челюсти, кожи угла рта и слизистой губ слева. Пациентка поступила в челюстно-лицевой стационар с целью уточнения диагноза и оказания специализированной медицинской помощи.

При осмотре обращала на себя внимание асимметрия в области угла и тела нижней челюсти слева (рис. 1). Кожа лица обычной окраски, без признаков воспалительных изменений. В полости рта слизистая бледно-розовая, влажная, без видимых патологических изменений. Патологической подвижности зубов, в том числе являющихся опорой мостовидного протеза



Рис. 1. Пациентка О. 41 года. Внешний вид пациентки: а) лицо во фронтальной проекции; б) лицо в боковой проекции. Вид в полости рта: в) нижняя челюсть лингвально, г) нижняя челюсть вестибулярно

(3.5-3.7) не определяется. При пальпации в области переходной складки определяется выбухание костной ткани.

Данные компьютерной томограммы от 2013 года, с которыми пациентка поступила в специализированное отделение представлены на рис. 2.

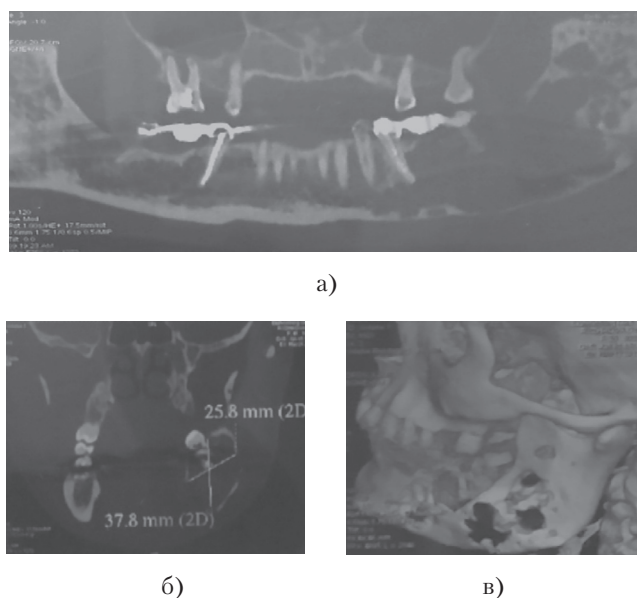


Рис. 2. Отпечаток компьютерной томограммы пациентки О., от 2013 года: а) Панорамный снимок челюстей; б) поперечный разрез челюстей в месте деструкции; в) 3-х мерная реконструкция пораженного участка. Данные компьютерной томографии 2013 года

По данным компьютерной томографии определяются очаги деструкции костной ткани неправильной формы на всем протяжении от ментального отверстия и верхушки 34 зуба до нижнечелюстной вырезки без инкапсуляции. В верхних отделах деструкция принимает вид многокачественной формы и (или) ткани «изъеденной молью». Смещение зубов и резорбции их корней не наблюдается. На всем протяжении пораженного участка челюсти наблюдается разрушение кортикальной пластинки как с вестибулярной и язычной стороны.

Компьютерная томограмма челюстей выполнена повторно, рентгенологическая картина без отрицательной динамики (рис. 3).

Пациентке был проведен полный спектр клинического и инструментального обследования: данных за патологию внутренних органов не получено. В условиях операционной выполнена повторная биопсия из ретромолярной области нижней челюсти слева обширного участка образования.

При гистологическом исследовании (рис. 4) выявляются упорядоченная структура пучков



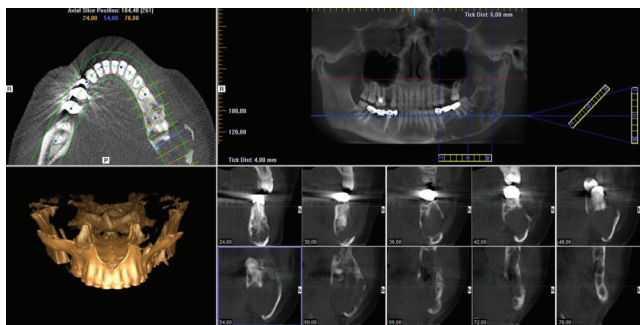
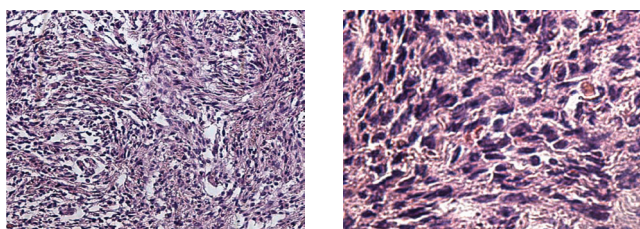


Рис. 3. Отпечаток с 3D-компьютерной томограммы пациентки О., от 2015 года. Деструкция костной ткани нижней челюсти слева

коллагеновых волокон местами переплетающихся. Между ними располагаются вытянутые клетки типа фибробластов с полиморфными ядрами без признаков атипизма. Митозы не наблюдались. Экспрессия Ki 67 маркера пролиферативной активности отмечена в единичных клетках. Между клетками хорошо выражена сосудистая сеть капиллярного типа. Среди волокнистых структур встречаются единичные очаги костной ткани с признаками гладкой резорбции.



б) в)

Рис. 4. Гистологические препараты: а) Пучки переплетающихся коллагеновых волокон с клетками типа фибробластов. Окраска гематоксилин и эозин x200; б) Клетки с полиморфными овальными ядрами. Митозы отсутствуют. Окраска гематоксилин и эозин x300

Заключение гистологического исследования: Десмопластическая фиброма костей. JCD code 8823/1.

Пациентке была рекомендована тотальная резекция левой половины челюсти от 3.3-3.4 зубов с экзартикуляцией мышечкового отростка ВНЧС слева и замещением удаленного участка аутотрансплантатом или титановым имплантатом с протезированием головки мышечкового отростка. Учитывая отсутствие отчетливой отрицательной динамики по данным КТ (за 3 года), постоянное место жительства пациента вне города Санкт-Петербурга и желание пациента по возможности отсрочить оперативное лечение принято решение о сдержанной хирур-

гической тактике и дальнейшем динамическом наблюдении с выполнением ортопантограммы 2 раза в год с контролем динамики по месту жительства (рис. 5). При наличии отрицательной динамики, угрозе патологического перелома планируется повторная госпитализация в специализированный стационар и радикальное хирургическое лечение.

На данный момент времени состояние пациентки не ухудшилось, отрицательная динамика клинических проявлений и рентгенологической картины отсутствует. Тактика ведения прежняя.

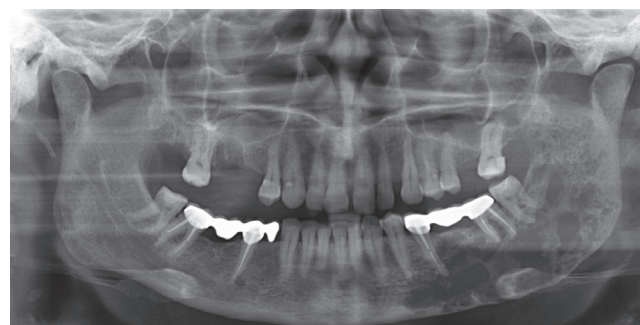


Рис. 5. Отпечаток ортопантограммы пациентки О., от 2016 года



Рис. 6. Отпечаток ортопантограммы пациентки О., от 2017 года. Деструкция костной ткани нижней челюсти слева в прежних объемах

### Литература

1. *Bohm P.* Desmoplastic fibroma of the bone. A report of two patients, review of the literature, and therapeutic implications. / P. Bohm, S. Krober, A. Greschniok // *Cancer* – 1996. – № 78. – P. 1011-1023.
2. *Crim J.R.* Desmoplastic fibroma of bone. Radiographic analysis / J.R. Crim, R.H. Gold // *Radiology*. – 1989. – № 172. – P. 827-32.
3. *Gebhardt M.C.* Desmoplastic fibroma of bone. A report of eight cases and review of the literature / M.C. Gebhardt, C.J. Campbell, A.L. Schiller, H.J. Mankin // *J. Bone Joint. Surg. Am.* – 1985. – № 67. – P. 732-47.

4. *Griffith J.* Desmoplastic fibroma / J.G. Griffith, W.B. Irby // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. – 1965. – № 20. – P. 269-75.

5. *Harsha V.T.* Desmoplastic fibroma of the mandible / V.T. Harsha, K.A. Ravi // J. Oral. Maxillofac. Pathol. – 2014. – Vol. 26, № 2. – P. 222-224.

6. *Nag H.L.* Radiotherapy for desmoplastic fibroma of bone: a case report / H.L. Nag, R. Kumar, S. Bhan. // J. Orthop. Surg. (Hong Kong). – 2003. – Vol. 11, №1. – P. 90-93.

7. *Nithya S.* Desmoplastic Fibroma / S. Nithya, S. Sundaravel // J. Oral. Maxillofac. Pathol. – 2015. – Vol. 19, № 2. – P. 270.

8. *Shekhar M.G.* Desmoplastic fibroma of the mandible / M.G. Shekhar, R.S. Reddy, Ravikanth M // Prim. Dent. Care – 2011. – Vol. 18. – № 3. – P. 115-118.

9. *Stefanidis K.* Computed tomography and magnetic resonance imaging of desmoplastic fibroma with simultaneous manifestation in two unusual locations / K. Stefanidis, S. Benakis, E. Tsatalou // Iran. J. Radiol. – 2015. – Vol. 12, № 3: – P. 218.

10. *Vanhoenacker F.M.* Desmoplastic fibroma of bone: MRI features / F.M. Vanhoenacker, E. Hauben // Skeletal. Radiol. – 2000. – Vol. 29, № 3. – P. 171-175.

*А.К. Иорданишвили*  
Тел.: 8-812- 275-18-47

*С.В. Васильев*  
Тел.: 8-911-819-48-66  
E-mail: Stasikcan1995@mail.ru

**М.И. Музыкин, А.К. Иорданишвили, М.Г. Рыбакова, В.Н. Бугера, С.В. Васильев.** Клиническая и рентгенологическая картина десмопластической фибромы нижней челюсти // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 9. – № 3. – С. 110-113.

## CLINICAL AND X-RAY PATTERNS OF DESMOPLASTIC FIBROMA OF MANDIBULAR BONE

*M.I. Muzykin<sup>3</sup>, A.K. Iordanishvili<sup>2</sup>, M.G. Rybakova<sup>1</sup>, V.N. Bugera<sup>3</sup>, S.V. Vasiliev<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

<sup>2</sup>Mechnikov North-West State Medical University, Saint – Petersburg

<sup>3</sup>Institute of a bioregulation and gerontology, St. Petersburg

**Abstract:** this article presents the results of the clinical examination of the patient at the age of 41, who has been hospitalized according to the principle of OMC to the department of oral surgery and multi-specialized hospital of stomatology with a rare bone disease which affects the lower jaw -desmoplastic fibroma. The surveillance has been conducted for three years. Clinical characteristics and Xray patterns of the disease were revealed and the results of instrumental and histological studies were shown.

**Keywords:** desmoplastic fibroma of the mandible, tumors of the jaw bones, benign tumors of the jaws, tumors of the maxillofacial region.

*A.K. Iordanishvili*  
Tel.: 8-812- 275-18-47

*S.V. Vasiliev*  
Tel.: 8-911-819-48-66  
E-mail: inessazotova@yandex.ru

**M.I. Muzykin, A.K. Iordanishvili, M.G. Rybakova, V.N. Bugera, S.V. Vasiliev.** Clinical and x-ray patterns of desmoplastic fibroma of mandibular bone // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2017. – Т. 9. – № 3. – P. 110-113.